Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München.
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. O. Bumke.

Ueber die (exogen ausgelöste) verworrene Manie

*

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen medizinischen Fakultät der
Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Bernhard Kothe
aus München.

München 1930

Dillingen a. Donau
Druck: Schwäbische Verlagsdruckerei G.m.b.H.
1930.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München.
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. O. Bumke.

Ueber die (exogen ausgelöste) verworrene Manie

*

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der gesamten Medizin

verfaßt und

einer Hohen medizinischen Fakultät der
Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Bernhard Kothe

aus München.

✡

München 1930

Dillingen a. Donau
Druck: Schwäbische Verlagsdruckerei G.m.b.H.
1930.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ueberdieexogenau0000bern

Das Symptomenbild der verworrenen Manie kann auf zwei verschiedene Arten entstehen: einmal besteht die Möglichkeit, daß es durch Zunahme der Ideenflucht und der anderen manischen Symptome zu Aeußerungen verworrenen Inhaltes und dem Bilde allgemeiner Verwirrtheit kommt („Verworrene Manie" im Sinne von Wernicke); dann gibt es Fälle, bei denen die Verwirrtheit auf eine exogene Komponente zurückzuführen ist. Diese entwickeln sich nicht aus einer typischen Manie, sondern sie beginnen schon von vornherein mit einer Bewußtseinstrübung, einer Verwirrtheit, die ihre Entstehung einer exogenen Noxe verdankt. Zum Unterschied von gewöhnlichen symptomatischen Psychosen mit manischer Färbung, wie sie ja bei Persönlichkeiten aus dem manisch-depressiven Formenkreis nicht selten sind, muß hier den manischen Symptomen Selbständigkeit zuerkannt werden im Sinne einer endogenen Phase, welche in ihrem Verlaufe unabhängig von den exogenen Momenten ist. Es handelt sich also um die Auslösung endogener Phasen durch exogene Reize, wie sie Bostroem bei Fällen beginnender progressiver Paralyse genauer erörtert hat. Bostroem zeigte, daß der paralytische Hirnprozeß, der noch keine faßbaren paralytischen Erscheinungen hervorbringt, bei dazu Veranlagten manische oder depressive Phasen bzw. schizophrene Schübe manifest werden läßt. Hierbei machen sich die exogenen Momente also nicht einmal in der Symptomfärbung bemerkbar. Je nach dem Vorherrschen endogener oder exogener Momente hat nun Bostroem in seiner Paralysearbeit 3 Möglichkeiten unterschieden:

1. Den an dem Beispiel der Paralyse dargelegten Vorgang, bei dem eine schwache, auch pathoplastisch noch bedeutungslose, aber als Reiz wirksame exogene organische Hirnschädigung (in dem Beispiel die entzündliche Infiltration der Gefäße) eine in der Persönlichkeit bereitliegende Phase aus dem Bereich des manisch depressiven Irreseins hervorruft. Die endogene Phase bleibt in ihrem Verlauf selbständig, bis der paralytische Krankheitsvorgang stärker wird und dann das Symptomenbild durch die Demenz beherrscht resp. das psychische Leben und damit auch die Manie vernichtet, oder sie klingt nach ihren inneren Gesetzmäßigkeiten ab, wenn die Paralyse sich bis dahin noch nicht weiter entwickelt hat, oder wenn es gelungen ist, sie durch eine entsprechende Behandlung zum Stillstand zu bringen.

Die 2. Möglichkeit besteht darin, daß eine wohl in der Regel stärkere und akutere äußere Schädigung eine in der Persönlichkeit bereitliegende Krankheitsphase auslöst, sie nun aber im Gegensatz zum Fall 1 vermöge ihrer größeren Intensität im Symptomenbilde beeinflußt, so daß die für den exogenen Praedilektionstyp charakteristische Bewußtseinsstörung neben den endogenen Symptomen zutage tritt. Das ist der Fall der von Bostroem beschriebenen verworrenen Manie. Trotz gegenseitiger Symptomdurchdringung bleiben in typischen Fällen beide Psychosen in Bezug auf ihren Verlauf selbständig.

Der 3. Fall ist der der üblichen symptomatischen Psychosen, bei der eine zunehmende exogene Schädigung das Bild einer Bewußtseinstrübung, eines Delirs usw. hervorruft, ohne daß eine endogene Veranlagung so labil wäre, daß sie dadurch zur Manifestation käme. Daß gewisse Temperaments- oder Charaktereigenschaften auch bei symptomatischen Psychosen dieser Art pathoplastisch sich bemerkbar machen, ist sicher. Aber eine manisch gefärbte symptomatische Psychose ist noch keine verworrene Manie im Sinne Bostroems. Insbesondere kommt in solchen Fällen dem Manischen keine Selbständigkeit im Verlauf zu, sondern mit Aufhören der Grundkrankheit bilden sich die symptomatische Psychose und auch die manischen Züge zurück. Das Manische ist hier nur pathoplastisch, kann sich also nicht allein, sondern eben nur an anderen Symptomen bemerkbar machen. Im Gegensatz dazu gehört bei dem zweiten Fall, bei der verworrenen Manie das Manische in gleicher Weise wie das Exogene zu den pathogenetischen Faktoren im Sinne Birnbaums. Im ersten Fall ist das endogen Manische das eigentlich pathogenetische Moment; das Exogene spielt nur eine provozierende Rolle.

Das Krankheitsbild der verworrenen Manie ist nun offenbar nicht so selten, wie es zunächst den Anschein hat. Insbesondere kommen als exogene Ursachen nicht nur toxisch-infektiöse Momente, sondern auch gröbere Hirnschädigungen, Traumen usw. in Betracht. Im Zustandsbild sind regelmäßig neben den Symptomen des exogenen Praedilektionstyps sehr bald schon manische Züge erkennbar. In typischen Fällen gelingt es auch, die Selbständigkeit der manischen Erkrankung dadurch nachzuweisen, daß entweder die Manie sehr viel länger bestehen bleibt als die Symptome des exogenen Praedilektionstyps, oder dadurch, daß die Manie in eine depressive Schwankung übergeht. Fast in allen Fällen läßt sich eine dem zirkulären Formenkreis angehörende Persönlichkeit feststellen. Die Tatsache, daß typische Schwankungen bis dahin noch nicht aufgetreten sind, hebt die Bedeutung des exogenen Momentes für die Entstehung der Psychose überhaupt deutlich hervor. Zur Illustration dieser Vorgänge seien folgende Fälle geschildert:

Willi P. Vorgeschichte: der 39jährige Fabrikbesitzer wird als ein Mann von „goldener Ruhe" geschildert, der über alles leicht hinwegkam, nie unter Stimmungsschwankungen zu leiden hatte, das Geschäft gut vorwärts brachte. Seine Mutter — ein seelenguter Mensch, wie Patient — war nach einer Entbindung ein Jahr lang melancholisch, wurde dann wieder vollkommen gesund.

Gegen Ende des Jahres 1925 war dem Patienten leichte Ermüdbarkeit, Vergeßlichkeit aufgefallen, sowie ein zeitweiliges Zittern im linken Bein, das immer sehr schnell wieder verging. Im November 1925 kam dazu drückender, rechtsseitiger Kopfschmerz. Seit 14 Tagen beobachtete Patient, daß er auf der Schreibmaschine mit der linken Hand die Typen nicht mehr traf, beim Gehen leicht stolperte, schwindelig wurde. Ab

8. I. 26 fühlte er sich gar nicht mehr wohl, litt unter einer fast völligen Lähmung des linken Armes, Erschwerung des Denkens, gelegentlichem Doppelsehen. Am

16. I. wurde er in eine Privatklinik aufgenommen, wo man die Diagnose auf Hirntumor stellte. Es traten dort mehrfach Zuckungen in den linken Extremitäten auf, besonders stark nach einem nächtlichen Erregungszustand am 25. I., worauf man sich zur sofortigen Trepanation entschloß. Diese ergab einen Tumor in der Gegend des rechten Lobulus parietalis superior, der in einer zweiten Operation entfernt werden sollte. Die Lähmung des linken Armes, die Störung des Lagegefühls in ihm änderten sich zunächst wenig; die Stimmung des Patienten war gut. Am

4. II. 26 wird in der Krankengeschichte neben der Störung des Gedächtnisses, Merkens eine gewisse Euphorie erwähnt: Patient macht Pläne für eine baldige Italienreise usw. Die zweite Operation am

19. II. 26 führte zur Entfernung eines nahezu hühnereigroßen Tumors (malignes Neuroglioblastom). Gleich nach der Operation begann der Patient sich zu unterhalten, besah seinen Tumor. Dann trat für zwei Tage leichte Somnolenz ein bei subjektivem Wohlbefinden. Die Lähmung im linken Arm besserte sich allmählich. Wegen Schwierigkeiten mit der Schwester, die einer unverständlichen Empfindlichkeit entsprangen, ließ sich Patient am 4. III. auf ein anderes Zimmer verlegen. Es trat nun eine steigende Erregbarkeit und Unruhe auf, Patient schimpfte viel, brachte Vorwürfe auf Vorwürfe, schickte an seine Frau unverständliche Telegramme. Etwa vom

15. III. 26 an war er dauernd ziemlich erregt, erhob die unsinnigsten Anschuldigungen gegen die Klinik, die Schwestern, den Chirurgen. Konstruierte Beleidigungen, schrieb nachts immer viel; er wiederholte sich oft in seinen Aeußerungen, zeigte eine deutliche Störung der Merkfähigkeit.

23. III. 26: „Die psychischen Defekte werden immer offensichtlicher. Patient hat seine „so sehr geschätzte Pflegerin auf der Stelle entlassen". Söhnt sich mit allen Leuten aus, um sofort wieder mit den alten unsinnigen Argumenten über sie loszuziehen."

25. III. 26: „Sehr erregt, schimpft, wird aufdringlich und zärtlich zu seiner Pflegerin, verlangt unmögliche Handreichungen. Zeitweise das Bild manisch-depressiven Irreseins, aber dazwischen ganz idiotische Züge; Größenwahnideen." Schließlich wurde der Patient gewalttätig, verschüttete alle Medizin, wehrte sich gegen jede Spritze mit größter Kraft, wollte alle Spiegel entzwei werfen. Je mehr Menschen um ihn herum waren, desto erregter wurde er; zwischendurch hatte er wieder ganz klare, normale Augenblicke. Am

31. III. 26 mußte P. wegen des Erregungszustandes in die Psych. u. Nervenklinik verlegt werden. Er war bei der Aufnahme selbstbewußt, gesprächig, heiterer Stimmung, kommandierte, verlangte sofort zu Prof. S. gebracht zu werden. Erzählte erregt, daß er einen Wärter zusammengeschlagen habe, das sei aber nicht allein seine Schuld. Er sei so vergewaltigt worden, daß er körperlich zugrunde gehe. Hebt dabei drei Finger der rechten Hand hoch, er beschwöre das bei Gott, den er liebe. Fragt, wo er sich befindet. Herr Prof. S. müsse sofort kommen, er verlange das, er bitte nicht darum. Man solle ihn sofort in die chirurgische Klinik bringen, dort sei für ihn und seine Frau ein Zimmer bereit gestellt. Später verlangt er, daß sofort die Türen geöffnet werden, er könne es nicht vertragen, daß hier alle Türen verschlossen seien; wenn er nicht wegkomme, werde er noch heute abend sterben. Man solle seinen Puls fühlen, er müsse schon bei 90 oder 100 sein und bei 80 sterbe ein Mensch schon. Fordert, daß man ihm die Pulszahl genau angebe, er spreche als Ehrenmann zu einem Ehrenmann. Er sei jetzt längere Zeit in einer Privatklinik gewesen, da sei es von Tag zu Tag schlechter geworden. Warum, darüber wolle er als Ehrenmann schweigen. Heute nacht müsse seine Frau im Zimmer bei ihm schlafen, ob sie denn nicht schon da sei. Regt sich auf, daß er hier in einer Nerven- oder Narrenanstalt sei, geisteskrank sei er nicht. Er sei ganz gesund, habe sich nur aus gewissen Gründen geisteskrank gestellt. Wenn er verrückt wäre, würde er die Kaffeekännchen, die er hier habe, an die Wand werfen, er könne sich das ja als Fabrikbesitzer leisten. Die Brötchen würde er den anderen Patienten vorwerfen, die wären froh darum. Patient spricht fast dauernd, ist sehr erregt, unverkennbar bewußtseinsgetrübt, steigt aus dem Bett, verrückt den Tisch, fängt zu singen an, ruft nach dem Arzt, man solle die Wärter hinausschaffen. . . Er ist in seinen Aeußerungen leicht ideenflüchtig, sehr ablenkbar, die Stimmung ist euphorisch, expansiv, überaus leicht kann er noch erregter werden.

3. IV. 26: redet viel. Oft mit einem Unterton der Gereiztheit. Er könne die Aerzte alle nicht leiden, sei belogen und betrogen worden, sei gegen seinen Willen in die Irrenklinik gebracht worden. Klingelt alle drei Minuten, auch nachts, stürmisch. Will den Arzt sprechen, mit dem Pfleger rede er kein Wort, das sei doch nur ein verkappter Bolschewist, der es auf ihn, den Fabrikbesitzer, abgesehen habe. Zwischendurch wieder ein herzliches Lachen. Ganz euphorisch. Aeußert alle möglichen expansiven Ideen: „Ich mit meiner eisernen Konstitution", „meine große Kraft und Energie — bald bin ich wieder gesund". Trotz seines zweifellos manischen Zustandsbildes (er ist häufig auch ideenflüchtig), ist er nicht sehr produktiv, hat immer dieselben Beschwerden, dieselben Größenideen. Ferner fällt eine leichte Ermüdbarkeit auf. Schon nach kurzer Unterhaltung überträgt er das Wort seiner Frau: „Erzähl' du, du kannst es besser." Hält viel den Kopf, scheint Kopfschmerzen zu haben. Bestreitet dies aber meist, das passe doch nicht zu seiner „eisernen Konstitution". Er wolle gesund werden und dies bald, dann werde er mit seinem großen, starken Auto davonfahren.

6. IV. 30: Ist im ganzen ruhiger, zugänglicher geworden. Vorwiegend euphorische Stimmungslage, nur zwischendurch noch leicht gereizt, scheltend. Demonstriert, wie gut er jetzt wieder seinen linken Arm bewegen kann. Hat gewisse Krankheitseinsicht für die letzten Tage. Er habe schon wie ein Wilder um sich geschlagen, sei vielleicht etwas irrsinnig gewesen; aber ganz klar sei er dabei gewesen und könne sich an alles erinnern.

8. IV. 26: Gestern abend bei der Visite ausgesprochen depressiv, weinerlich. Er sei ein schwerkranker Mann, der kränkste Mann im ganzen Hause. Es tue ihm auch so leid, daß er vielen Leuten in den letzten Tagen unrecht getan habe. Heute morgen wieder euphorisch, zugänglich. „Der alte P.'sche Geist ist wiedergekehrt." Viele Pläne, will bald nach Italien. Schimpft, weil er vom Friseur um 10 Pfennige betrogen worden sei. Im ganzen stereotypes Wiederkehren der gleichen Gedanken. Auch die Ausdrucksweise ist einförmig. Dabei besteht aber eine deutliche ideenflüchtige Weitschweifigkeit und gelegentlich eine erhöhte Ablenkbarkeit.

9. IV. 26: Sehr gehobene Stimmung, optimistisches Selbstbewußtsein mit Neigung zu taktlosen, zum mindesten unzarten Großsprechereien. Nicht selten ausgesprochen nörgelig, paranoisch. Die Schwestern seien neugierig, auf's Geld aus. Ebenso die Pfleger, die in ihm nur den reichen Fabrikbesitzer sehen und schröpfen wollen. „Sie verstehen," sagt er mit strahlendem, verschmitztem Lächeln, „der reiche P., pinke, pinke", dabei macht er die Bewegungen des Geldzählens.

13. IV. 26: Etwas ruhiger. Die gehobene Stimmung hält an. Bei jeder Visite hat er, wie er sagt, „tausend Wünsche". Tatsächlich aber dreht es sich immer um die gleichen Dinge: Friseur,

Baden, Entfettungskur. Fürchtet zu dick zu werden, vom Münchener Wasser einen Ausschlag zu bekommen. Fragt immer wieder, ob das Lesen ihm nicht schade. Im Gegensatz hierzu steht seine Stellung zu seiner eigentlichen Erkrankung, die er mit dem größten Optimismus ansieht.

14. IV. 26: Gestern abend äußerte der Kranke dem Arzt gegenüber paranoide Ideen, die er unter geheimnisvollem Lachen mehr andeutungsweise vorbrachte: „Wenn ich morgen bade, so wollte ich Ihnen nur sagen, daß da in meinem Nachttisch 20 Mark liegen." (?) „Ich wollte das nur sagen." (?) „Ja, ich meine, daß die, wenn ich wieder komme, auch noch da sind." Er scheint seiner Frau gegenüber Eifersuchtsideen zu haben. Meint, daß sie sich morgens, ehe sie zu ihm kommt, mit dem Arzt unterhält. Redet davon, daß er verlangen könne, daß seine Frau in seinem Zimmer schlafe. Wenn er dann auch von dem Ref. viel Schlafmittel bekomme, das mache nichts, er höre doch jeden Laut. So deutet er alles nur an. Bringt es lächelnd, in scherzhaftem Ton vor.

20. IV. 26: Im ganzen ruhiger. Kommt jetzt mit dem Personal, an dem er früher ständig etwas auszusetzen hatte, besser aus. Hat auch bei den Visiten nicht mehr so viel Wünsche. Redet immer noch gerne und viel. Euphorische Stimmungslage. „Es geht von Tag zu Tag besser." Erzählt gerne harmlos-ulkige Geschichten, über die er selbst am meisten lacht. Dankbar für jeden Scherz. Nicht mehr so ideenflüchtig, wenn auch noch immer leicht ablenkbar. Paranoide Ideen hat er nicht mehr vorgebracht. Die Beweglichkeit des linken Armes und der linken Hand hat sich gebessert. Einzelbewegungen der Finger noch nicht möglich.

30. IV. 26: Die manische Färbung der Affektlage hat weiterhin abgenommen und hat einer mehr moros-gereizten Stimmung Platz gemacht. Immer wieder auffallend ist die große Einförmigkeit der vorgebrachten Klagen. Beschwerden über mangelhafte Postzustellung, über die Schwestern und anderen Patienten wiederholen sich dauernd. Den Aerzten gegenüber nimmt der Kranke sich sehr zusammen, während er den Schwestern und seiner Frau gegenüber sich sehr gehen läßt. Er betont noch oft, wie ausgezeichnet es ihm gehe, doch fehlt die manische Ueberzeugung, mit der er früher diese Angaben machte. Zweifellos hält die von Anfang an vorhandene Bewußtseinstrübung noch an. Patient hat sich von seiner Frau einen Kalender besorgen lassen, um immer über das Datum informiert zu sein. Im Bett vergesse man das. Oft kommt der Kranke in eine gereizte Verlegenheit, wenn man ihn nach dem Datum fragt und er den Kalender nicht bei der Hand hat. Ueber die Tageszeit ist er ebenfalls nicht recht orientiert. Hat dafür zeitweise selbst ein Empfinden. Läßt sich seine Uhr an die Wand neben das Bett hängen, um immer Auskunft geben zu können.

Oft hat er vergessen, was man mit ihm bei der letzten Visite sprach. Verbirgt aber immer alles unter den verschiedensten Verlegenheitsausreden.

4. V. 26: Ist seit 2 Tagen nachmittags für 2 Stunden außer Bett. Immer noch recht gereizt. Oft auch hypochondrische Befürchtungen, er bekomme zu viel Schlafmittel, er werde nicht wieder aufwachen usw. Dazwischen anmaßend: „Ich, der reiche P., liege 1. Klasse, ich kann alles verlangen. Was ich haben will, kann ich bezahlen. Die anderen Patienten bezahlen nicht so wie ich."

15. V. 26: Wieder strahlende Laune. Subvjektives Wohlbefinden, hat nie körperliche Klagen, meint immer, daß es schon wieder besser gehe. Gehobenes Selbstgefühl, spricht lebhaft, viel, ist immer mit einem Witz bei der Hand, der mitunter recht läppisch sein kann. Schreibt viele Postkarten an seine Angehörigen, die meist nur in witzigen Bemerkungen bestehen. So schreibt er z. B.: „Früher Tourist, jetzt Humorist", „ich sage Dank, nicht Zank, vertrage liaber Fritz, an guaten Witz . . . ."

22. V. 26: Patient kann jetzt ganz gut allein etwas gehen. Circumduziert das linke Bein. Er ist häufig gereizt, hat ständig Streit mit seiner Privatschwester, will eine andere Schwester haben. Trägt dem Ref. bei jeder Visite seine vielen Wünsche vor. Schimpft queruliert, ist aber meist durch ein Scherzwort wieder zu beruhigen.

29. V. 26: Ist in letzter Zeit etwas ruhiger geworden, auch etwas einsichtiger, nur manchmal auf irgend eine Kleinigkeit versessen. Wünscht z. B., daß ein Bretterverschlag, der ihm die Aussicht auf die Straße versperrt, entfernt werde. Erklärt: „Ich bin P., ich bin Automobilbesitzer, ich brauche bloß meinem Chauffeur zu sagen, daß er die Wand eindrückt, dann geschieht es." Ist tagelang nicht von dem Gedanken an den Bretterverschlag abzubringen.

31. V. 26: Drängt sehr auf Entlassung. Will durchaus nicht abwarten, bis seine Frau ihn abholt und ihn ins Sanatorium bringt. Er sei der Mann, er habe die Hosen an, der P. . . habe zu bestimmen. Läßt sich aber leicht überreden, nachzugeben.

10. VI. 26: Psychisches Verhalten sehr wechselnd, oft gereizt, ablehnend. Hat die ausgefallensten Wünsche, auf die er sich versteift und auf die er immer wieder kommt. Mitunter macht er einen leicht verwirrten Eindruck, spricht von Stiftungen an die katholische, jüdische, protestantische Kirche, jedoch ist es ihm damit nicht ernst. Auch, wenn er von dem Rundfunk in der Klinik spricht, so meint er damit nur, daß er schließlich doch alles erfahre.

15. VI. 26: Der Hirnprolaps vergrößert sich, der Gang hat sich wieder etwas verschlechtert, die Bewegungsfähigkeit des linken Armes ebenfalls. Rechter Arm o. B. Links Fußklonus usw.

Augenhintergrund o. B. Patient selbst merkt die Verschlechterung nicht, meint, es gehe immer besser. Schläft trotz 0,75 Veronal schlecht.

20. VI. 26: Der Prolaps hat sich weiter vergrößert. Da die Möglichkeit eines Recidivs vorhanden ist, wurde Patient dreimal in der chirurgischen Klinik bestrahlt. Psychischer Befund unverändert.

24. VI. 26: Subjektives Befinden gut. Patient ist in heiterster Stimmung, freut sich über die bevorstehende Reise, wird entlassen, um sich in ein Sanatorium zu begeben.

Zweiter Klinikaufenthalt.

19. VII. 26: Patient hat sich im Sanatorium sehr wohl gefühlt, kommt jetzt hierher, um sich in der chirurgischen Klinik bestrahlen zu lassen. Er macht jetzt einen viel ruhigeren, gesetzten Eindruck. Die Stimmung ist nicht mehr so heiter, wie bei seiner Entlassung, er scheint hie und da leicht depressiv. Immerhin fällt seine meist ungetrübte Laune auf, die so gar nicht zu seiner Situation paßt, weiter sein Unternehmungsgeist, das Pläneschmieden für die ferne Zukunft.

23. VII. 26: Patient hat von den Bestrahlungen keinerlei Beschwerden, fühlt sich frisch, ist meist lebhaft und hoffnungsfroh, unterhält sich gern, muß immer etwas zu tun haben. Der Prolaps hat sich seit seiner Entlassung weiter vergrößert. Der Gang ist etwas spastisch, aber verhältnismäßig sicher. Sonst ist der körperliche Befund unverändert. Pat. geht heute wieder ins Sanatorium zurück. Bei einer Nachuntersuchung am

14. VIII. 26 zeigte sich eine geringe Verschlechterung des körperlichen Befundes. Psychisch war Pat. hypomanisch-euphorisch.

Epikrise zu Fall Willi P. . .

Es handelt sich um einen 39jährigen Mann mit ausgesprochen hypomanischem Temperament. Die Mutter, die offenbar in ihrem Typ dem Sohn ähnlich gewesen ist, hat — interessanterweise ebenfalls nach einem exogenen Anlaß — einmal eine melancholische Erkrankung von der Dauer eines Jahres durchgemacht. Der Patient selbst hat nie an Stimmungsschwankungen gelitten, er war vielmehr bis dahin immer von gleichmäßiger, sonniger Affektlage, hat sich auch durch Krankheiten und Schwierigkeiten nie niederdrücken lassen.

Nach der Hirntumoroperation wird er erregt und gerät in einen Zustand leichter Verwirrtheit mit Orientierungs- und Merkstörungen. Gleichzeitig ist er aber ausgesprochen manisch und seine sprachlichen Aeußerungen zeigen einmal eine deutliche Ideenflucht, weisen aber frühzeitig auch schon Störungen des Zusam-

menhangs auf, wie sie bei Bewußtseinstrübungen vorzukommen pflegen. Inhaltlich überwiegt meist das Manische, bald kommt es aber auch zu paranoischen Einschlägen, die aber sehr stark von Stimmungsschwankungen abhängig sind. Seine Erregungszustände sind charakterisiert durch eine offenbar seinem manischen Wesen entsprechende Anmaßung, durch ausgemachte Beeinträchtigungsideen, die ihrerseits wieder einem meist spaßhaft vorgetragenen Mißtrauen entspringen und durch eine nicht zu verkennende Verworrenheit, die dem Ganzen eine organische Färbung verleiht. Charakteristisch für seine Bewußtseinstrübung ist neben der leichten Inkohärenz und Merkschwäche auch eine gelegentlich zu beobachtende Beeinträchtigung der Auffassungsfähigkeit und eine sich mit dem Manischen gut vereinigende Hypervigilität. Die bei dem sonst sehr manischen Bilde oft auffallende Eintönigkeit der Vorstellungen hängt wohl mit der Einstellung auf den Krankheitszustand zusammen; man wird aber auch hierin eine organische Komponente erblicken dürfen.

Im Laufe der Zeit tritt jedoch die Bewußtseinstrübung mehr und mehr zurück, während der manische Zustand noch bestehen bleibt. Abgesehen von seiner Heiterkeit, der Ideenflucht, der immer strahlenden Laune, seiner Neigung zum Witze machen, sei noch der blühende Körperzustand, der allgemein vitale Turgor hervorgehoben. Zwar macht sich im Schutze der Klinik das Manische im wesentlichen nur in relativ leichter Form bemerkbar, aber bei allen äußeren Einwirkungen, die nicht sämtlich hintangehalten werden können, bemerkt man eine außerordentliche Reizbarkeit und eine Steigerungsfähigkeit des Zustandes, so, daß an dem psychotischen Grad der Manie eigentlich kein Zweifel sein kann. Außerdem finden wir auch gelegentlich Stimmungsschwankungen und gerade in den meist nur kurz dauernden depressiven Stadien ist der Kranke besonders leicht zu paranoischen Ausdeutungen geneigt.

Daß es sich bei dem Verlauf und der Neigung zu Stimmungsumschlägen um ein ausgemacht endogenes Krankheitsbild aus dem manisch-depressiven Formenkreis handelt, unterliegt wohl keinem Zweifel. Die prämorbide Persönlichkeit und die gleichartige erbliche Belastung sprechen in demselben Sinne. Bis dahin waren aber endogene Phasen noch nie aufgetreten und man wird daher kaum umhin können, die Schädigung durch Hirntumor und Hirntumoroperation als auslösende Ursache für die Manie anzusehen. Das Exogene macht sich auch in der anfänglich vorhandenen Bewußtseinstrübung in der Form einer Verwirrtheit bemerkbar und diese Symptome durchflechten sich zunächst in sehr interessanter Weise. Im Laufe der Zeit wird das Krankheitsbild aber immer „endogener" und läßt zuletzt in keiner Weise mehr die exogenen Einflüsse erkennen. Die Tatsache der endogenen Schwankungen resp. die Neigung zu vorübergehendem Phasenwechsel beweist

schließlich, daß sich das Bild auch biologisch nicht von den endogenen Phasen unterscheidet. Unterstützt wird man in dieser Meinung noch durch die sehr charakteristische Neigung zur Wahnbildung. Jedenfalls sehen wir hier die Kriterien für das Bild der verworrenen Manie im Sinne Bostroems durchaus erfüllt: die exogene Auslösung, die vorübergehende exogene Färbung eines früher nie aufgetretenen manischen Zustandes und schließlich die Tatsache, daß der manische Zustand trotz einer organischen Provokation seine Selbständigkeit in Verlauf und Symptomenbild behält.

Hans Sch., geboren 1903.

Aus der Vorgeschichte des Patienten sind sichere hypomanische Züge nicht zu ersehen. Er wird als ruhiger, verständiger, herzensguter Mensch geschildert, der sich alle Leute im Flug gewann. Sein Bruder sei das Gegenteil: ein unruhiger Geist. Die Eltern waren starke Alkoholiker. Am

12. VII. 25 erlitt er durch Absturz im Gebirge eine schwere Gehirnschädigung (Contusion). Sieben Tage lang war er vollkommen bewußtlos, dann begann er etwas zu sprechen, erkannte seine Angehörigen. Vom 11. bis 13. Tage war er wieder sehr apathisch, in der Folge wurde er zunehmend unruhig, aufgeregt, drängte aus dem Bett. Er wurde daher am

31. VII. 25 in die psychiatrische Klinik eingeliefert. Die körperliche Untersuchung ergab damals als einzige Besonderheit eine Parese des oberen Facialisastes rechts. Bald nach der Aufnahme wurde der Patient unruhig, laut, jammerte, widersetzte sich, wenn man ihn anzufassen suchte, schob die Wärter weg, brüllte mitunter laut auf. Bei der Exploration zeigte er sich deutlich bewußtseinsgetrübt, gab aber, ohne den Arzt auch nur einmal anzusehen, auf einige Fragen kurz und rasch Antwort: man hatte dabei den Eindruck, als rede er oft vorbei.

(Was studiert?) „Nationalökonomie." (Wie alt?) „1820: 18 und 20." (Wo studiert?) „In München, 3 Semester." (Heute war Ihr Freund da, soll er wieder kommen?) „Der soll mal ruhig kommen, wenn er ruhig da stehen bleibt." (Wie lange schon hier?) „Sofort, 12, 3, 12, 1, 2, 3, 3. Etage." (Wo hier?) „Ich bin Teutosaxone, sagen die." (Wo geboren?) „In Prag." (Sie sprechen doch gar nicht so!) „Ich spreche nicht ganz deutsch. Das soll ich mir nicht entkommen lassen, Herr Speicher, Herr Ranner." (Sind Sie denn krank?) „Nein, körperlich bin ich gesund." (Und sonst?) „Ausland." (Krank oder gesund?) „Bin Norweger 1. Grades." (Mich schon einmal gesehen?) Sieht gar nicht auf: „Kieler Westfale, 1, 2, 3, 12 oder so." (Wie lange schon hier?) „Eins Komma vier Semester. Lassen Sie sein, 1, 2, 5 werd' ich saturiert." (Wie groß sind Sie denn?) „1 Meter 83." (Wo sind Sie denn hier?) — (Ist das ein Krankenhaus?) „Das Krankenhaus kommt mir vor

wie ein Krüppel. Ich bin eifrig geschwommen, so daß Krankenhaus nicht notwendig ist. Dann bin ich mit Herrn Hofmeier sehr befreundet." Wird wieder sehr unruhig, brüllt plötzlich, stellt sich auf, will aus dem Bett, sagt aber: „Entschuldigen Sie", da er den Ref. bei seinem Manöver, aus dem Bett zu kommen, mit dem Bein aus Versehen stößt. Patient fängt nicht spontan zu essen an, schlingt aber rasch alles hinunter, was man ihm gibt. Läßt unter sich.

3. VIII. 25: Andauernd in deliranter Erregung, versucht immer wieder aus dem Bett zu steigen; besonders nachts unruhig. Zählt: „3, 6, 5, 3, 6, 5 . . . .". (Wie geht es?) „3, 6, 5, 3, 6, 5." (Wo sind Sie?) „6, 4, 8, 9, 10." (Passen Sie auf!) „Ich möchte Steine speisen." (Was ist passiert?) „Ich speie Steine." (Wo waren Sie zuletzt?) „4, 3, 6, 6." (Dreitorspitze?) „Die ist erledigt" (dort stürzte er ab).

4. VIII. 25: Unverändert. Die Unruhe kann nur mit Hyoscin und Schlafmitteln einigermaßen bewältigt werden. (Jahr?) „1924." (Wo sind Sie jetzt?) „In Thüringen." (Ruft einem Pfleger zu, der ihn ins Bett drückt): „Lassen Sie mich aus, ich werde soeben examiniert!" „Wo habe ich denn gesagt, wo wir wären? Waltershausen in Thüringen." (Wo studieren Sie denn?) „In Thüringen."

5. VIII. 25: Keine Aenderung, glaubt, er sei im Gebirge, in einem österreichischen Weinhaus usw. „Ich habe keinen Wein getrunken, von dem österreichischen, von dem dunkeln, 1, 2, 3, 4, 5, 6." (Wo sind Sie?) „Beim österreichischen Hofgarten." (Was für ein Haus?) „Was für ein Haus? Weiß ich nicht. (Jahr?) „1921, 22, 23."

7. VIII. 25: Scheint etwas ruhiger zu werden.

8. VIII. 25: Patient faßt etwas besser auf, ist leichter und für längere Zeit zu fixieren; er zählt jetzt nicht mehr. (Wie geht es?) „Ich strenge mich gerade an, bei den Blumen irgendwelche Erfolge zu erzielen. . . . Ich möchte Kornblumen haben und anderes Zeug." (Wo sind Sie jetzt?) „Augenblicklich bin ich bei Hauptmann Jorder." (Wie kommen Sie hierher?) „Ich möchte das Grab überhaupt haben, das Grab." Er zählt die Finger der vorgehaltenen Hand richtig.

10. VIII. 25: Wenig verändert. Nachts sehr unruhig, kann nur mit Schlafmitteln und Hyoscin einigermaßen im Bett gehalten werden.

13. VIII. 25: Etwas freier, Bewußtsein aber immer noch erheblich getrübt. Er läßt andauernd unter sich, die Unruhe besteht weiter.

18. VIII. 25: Fängt jetzt wieder zu zählen an. Leicht euphorische Stimmungslage mitunter. Geht umher mit etwas schwankendem Gang, legt sich in andere Betten, sucht alle Augenblicke das

Closett auf. Läßt sich einreden, er habe Ref. auf der Straße getroffen, confabuliert dann weiter.

19. VIII. 25: (Wo sind Sie?) „Zum Rasieren, mein Fräulein kommt jetzt zum Rasieren, das muß ich mitnehmen, 4, 8, ich glaube, ich glaube, ich muß noch mehr mitnehmen." (Wo sind Sie jetzt?) „In Bergen, nicht in München, in Bergen, auf Rügen, in Yokohama eigentlich." . . . „10 kleine Negerlein, die fuhren einmal Kutsch, da ist der eine weggerutscht, jetzt sind sie alle futsch." (In welcher Stimmung?) „Ich bin gut aufgelegt, ich bin auch rasiert vorne." (Jahr?) „1924." In dem Bett, in dem er jetzt sei, sei er erst 1/4 Minute . Seine Cousine sei heute dagewesen mit 24 Vettern.

20. VIII. 25: Unverändert, zu Scherzen aufgelegt, immer noch bewußtseinsgetrübt. (Jahr?) „1925." (Datum?) „Weiß ich nicht genau, den 25. haben wir heute." (Wo jetzt?) „Im Krankenhaus, aber ich möchte gern fort von hier. Erstens möchte ich nach Hause zu meinem Onkel, der wird mich schon verpflegen und nicht auf der Straße liegen lassen. Zweitens möchte ich zu meiner Cousine. Drittens möchte ich leben, anständig leben wie ein Mensch." (Wie kommen Sie hierher?) „Das weiß ich eben nicht, das ist das Schlimme; ich glaube, ich bin eben untersucht." (Stadt?) „München. Hier?, weil ich krank bin, angeblich krank." (Was fehlt Ihnen?) „Ananas fehlt mir, stundenlang möchte ich sie essen, ich habe kein Geld, sie mir zu kaufen; nach meiner Krankheit habe ich, glaube ich, eine Ananas gehabt." (Wo früher gewesen?) „Ich weiß es nicht, keine Ahnung." (Wie kommen Sie hierher?) „München liegt im Bezirk, Lübek liegt bei München, d'rum komme ich hierher." (Vorher im Gebirge?) „Nein, kurze Zeit war ich dort, einen Augenblick war ich im Gebirge. Im Mittelgebirge habe ich mich erkältet, im Lübeker Mittelgebirge." Immer noch sehr ablenkbar durch Gehörsreize; echolalisch, spricht Sätze nach von ähnlichem Klang wie das Gehörte. Läßt nur mehr ab und zu unter sich.

22. VIII. 25: Zusehends ruhiger. Kindlich-spitzbübischer Gesichtsausdruck, ironischer Tonfall. „Ich denke eben nach über unsere philosophischen Betrachtungen, über meine Haare, die im Endeffekt wahrscheinlich ausgehen. Der Fall hoffnungslos und ernst schreiben Sie: „wahrscheinlich hin." Die Haare des Jüngeren vollständig erledigt, werden innerhalb der nächsten 3 Tage ausgenommen, irgendein Haarkünstler wird bestellt, die Haare auszunehmen." (Haben Sie heute Ausgang gehabt?) „Ja, ich war auf der Straße, wo die Kinder sind, da habe ich mich mit Kindern beschäftigt, die außen herumliefen. Die habe ich gemessen. Wir hatten ein Schädelmaß. Eine interessante Beschäftigung! Dann bin ich weiter auf der Straße gegangen nach Hause." (Welches Haus hier?) „Krankenhaus München." (Nein, Berlin!) „Nein München."

(Nein Lübek!) „In Lübek ja, dann haben wir beide einen Druckfehler angegeben."

24. VIII. 25: Recht ruhig, kommt ohne Hyoscin aus; geht selbständig aufs Closett, läßt nicht mehr unter sich. Puls immer etwas beschleunigt, Sensorium freier, Auffassung erleichtert. Hat Besuch gehabt, weiß noch davon. Andauernd desorientiert.

25. VIII. 25: (Ort?) „In München; durchschnittlich fehlt den Leuten Masern, das ist hier in München die stehende Krankheit." (Warum die Leute hier so aufgeregt?) „Das liegt in ihrem Naturell begründet. Da muß ich die Schwester fragen, damit ich genauere Auskunft bekomme."

26. VIII. 25: Etwas phlegmatisch, inaktiv. (Wie lange hier?) „Seit Anfang September." (Wie hierher gekommen?) „Mit Auto." (Woher?) „Wo ich gewohnt habe, bei München, in der Gegend von München." (Warum hierher gekommen?) „Weil ich einen desinfektionösen Ausschlag bekommen habe, am Kopf." (Deshalb?) „Ja." (Was für ein Haus hier?) „Desartorische Klinik." (Was heißt das?) „Das ist eine Neubildung." (Was ist das?) „Das ist so was ähnliches wie hilfeflehend." (Krank?) „Ja, ich habe augenblicklich Ananasanfälle." (Lacht, das sei ein Druckfehler.) (Geisteskrank?) „Ja." (Lacht dazu.) (Sie lachen?) „Nein, das ist mir sehr unsympathisch, geisteskrank zu sein." (Woran können Sie sich noch erinnern?) „In den Bergen war ich. Ich entsinne mich nicht mehr genau." (Wie kommen Sie zu uns?) „Ich bin hierher überführt wegen der Anfälle." (Seit wann?) „Seit Anfang an." (Was sollen wir mit Ihnen machen?) „Das ist ja alles gut, das ist ja alles beantwortet. (Gibt die Hand): Es fehlt also wieder am eifrigsten bei der Hauptsache."

27. VIII. 24: (Datum?) „21. 9. 24." Er sei in dem Apoklinik-Institut; sei wegen der Masern hereingekommen. (Geisteskrank?) „Ich bin geisteskrank? (Lacht.) Um Gottes willen, schlimm. Ist das heilbar? Ich war in München und habe einen Rückfall erlitten von den Masern, die ich schon mehrmals gehabt habe."

11. IX. 25: Außer leichtem Schwindel beim Blick nach oben keine körperlichen Klagen. Stimmung „ausgezeichnet". Das Denken gehe manchmal noch durcheinander. Zuweilen komme er nicht auf Dinge, trotzdem er sich große Mühe gebe. Vor allem handle es sich um Ereignisse, Namen, die er in der jüngsten Vergangenheit erst sich gemerkt habe. Das Sprechen falle ihm noch etwas schwer, die Zunge sei noch etwas ungeschickt. . . Bei der Aphasieprüfung zeigen sich vereinzelte Wortfindungsschwierigkeiten, über die er oft auf originelle Art hinwegzutäuschen sucht (z. B. bezeichnet er eine Windmühle als „vierblättrige Mühle"). Die Schrift ist noch wackelig, unsicher. Schwierigere Bilderklärungen, Wortumstellungen gelingen nicht recht. Am Schlusse der Intelligenzprüfung bringt er die einzelnen Inhalte der gelesenen

Geschichten, der Bilder ziemlich durcheinander, stellt aber ohne Zögern neue Zusammenhänge her.

16. IX. 25: Patient wird von seinem Freunde abgeholt, um nach Hause gebracht zu werden.

Diagnose: Contusio cerebri, verworren manisches Zustandsbild.

Katamnese: Im Juli 1926 befindet sich Patient in privatärztlicher Behandlung wegen Mangels an Initiative, Konzentrationsunfähigkeit, Vergeßlichkeit, fehlender Libido, mangelnder Erektionen. Er fühlte sich seelisch gehemmt, in seinem Denken verlangsamt. Bei Prüfung der intellektuellen Leistungen, bei Anregung von außen waren die Ergebnisse ganz gut, es scheint also mehr ein Mangel an Spontanität vorzuliegen. Es fehlte ihm die Lust zur Arbeit und das Zutrauen, daß er seinen Beruf ordentlich ausführen kann. Im Sommer 1928 stellt er sich spontan wieder vor. Er sieht blühend aus, ist glänzender Stimmung, von ausgesprochenem hypomanischem Temperament: so sei er immer gewesen. Dabei ist er verständig, einsichtsvoll, erkundigt sich interessiert nach seinem Krankheitszustand 1925.

Zusammenfassung.

Hypomanische Persönlichkeit, bei der im Anschluß an eine schwere Hirnschädigung (vermutlich Blutung und Kontusion) eine Psychose von zunächst rein exogenem Gepräge auftritt (deliranter Zustand). Schon sehr bald machen sich manische Züge bemerkbar, die mit zunehmender Besserung der Bewußtseinstrübung immer mehr in den Vordergrund treten und schließlich nach Abklingen der exogenen Erscheinungen ganz das Bild beherrschen. Leider konnte der Zustand nicht bis zum Abklingen beobachtet werden, da der Kranke abgeholt wurde. Aus der Katamnese ergibt sich aber, daß sich hinterher offenbar noch ein depressiver Zustand herausgebildet hat; nach dessen Abklingen macht sich die allgemein hypomanische Persönlichkeit wieder bemerkbar, von der wir uns bei einer Katamnese zwei Jahre später überzeugen konnten.

Epikrise zu Fall H. Sch.

Auch in diesem Falle handelt es sich, wie durch die Katamnese sichergestellt wurde, um eine hypomanische Persönlichkeit, bei der im Anschluß an eine schwere Hirnschädigung (vermutlich Schädelbasisbruch und Kontusion) eine Psychose von zunächst rein exogenem Gepräge auftritt. Diese ist charakterisiert durch notorische Unruhe, eine gewisse Aengstlichkeit, Widersetzlichkeit, durch Bewußtseinstrübung, Desorientiertheit und Situationsverkennung. Schon bei der ersten Exploration in der Klinik ist nun etwas auffällig, daß Patient nicht selten recht prompt und rasch antwortet, häu-

fig verkehrt, aber nicht einfach sinnlos, sondern oft so, als ob er absichtlich vorbeiredete, aus einem gewissen Uebermut seine Denkstörung übertreibend. Tatsächlich nehmen seine Aeußerungen immer mehr einen scherzhaften, ironisierenden Charakter an, verblüffen durch ihre Sprunghaftigkeit, wie auch durch Schlagfertigkeit, die oft witzigen Einfälle.

Die delirante Situationsverkennung wird erst nach einigen Tagen etwas inhaltsreicher, aber bald darauf verschwinden die wirklich erlebnismäßigen Inhalte überhaupt und machen Konfabulationen Platz, die mit wenig Ernst und Ueberzeugung, mehr spielerisch vorgebracht werden.

So zeigen sich in dem symptomatischen Zustandsbild immer mehr fremde Elemente, es bekommt eine ganz atypische, merkwürdige Färbung, bis schließlich das Vorhandensein eines endogenen manischen Zustandsbildes deutlich wird, das aber seinerseits wieder durch das Exogene noch stark beeinflußt ist. Die motorische Unruhe, die Bewußtseinstrübung, Inkoharenz, das Perseverieren, die Steretypien werden immer geringer, während die Euphorie, die Schlagfertigkeit, der Gedankenreichtum immer mehr zunimmt. Allerdings ist noch bei der Entlassung nach 1½ Monaten eine starke Merkschwäche, Konzentrationserschwerung vorhanden, der Gedankengang ist, wenn auch nicht mehr inkohärent, so doch noch sprunghaft, die Aeußerungen und das Benehmen sind in ihrer Art etwas einförmig, wenn auch Stereotypien, Perseverieren zuletzt vermißt werden.

Ueber die ersten Monate nach der Entlassung liegen leider keine sicheren katamnestischen Angaben vor. Immerhin dürfte an der Selbständigkeit der manischen Phase, die bei gleichzeitigem Rückgang der exogenen Erscheinungen mindestens vier bis fünf Wochen bestanden hat, kein Zweifel sein. Und vielleicht spricht für selbständig gewordene endogene Schwankungen auch die Mitteilung des behandelnden Arztes vom Juli 1926, wonach der Patient damals über seelische Hemmung, Unlust zur Arbeit, Denkverlangsamung, Konzentrationsunfähigkeit und Vergeßlichkeit klagte, während objektiv sich die intellektuellen Leistungen als ganz gut herausstellten. Es scheint, daß es sich hier doch wohl um eine endogene depressive Phase gehandelt hat, wenn auch sicher noch merkbare Folgen der Hirnschädigung und die verständliche Reaktion auf sie eine Rolle spielten.

Nach weiteren zwei Jahren, bei einem persönlichen Besuch des Patienten, war von endogenen und exogenen Störungen nichts mehr vorhanden, doch konnte man sich von seinem ausgesprochenen hypomanischen Temperament überzeugen.

Es ist anzunehmen, daß die Hirnkontusion, eventuell verbunden mit der Erschütterung, nicht nur die deliranten Erscheinungen

hervorgerufen hat, sondern daß gleichzeitig auch ein manischer Zustand flott gemacht worden ist. Selbstverständlich sind dabei nicht die — übrigens neurologisch nicht zutage tretenden — lokalen Hirnläsionen verantwortlich zu machen, sondern die Hirnschädigung als Ganzes, insbesondere die mit der Quetschung erfahrungsgemäß einhergehenden Gefäßstörungen, die Blutresorption usw. Ob die manische Erkrankung gleichzeitig und unmittelbar durch diese körperliche Ursache hervorgerufen worden ist, oder ob sie erst sekundär durch die Funktionsstörung in Gang gebracht worden sein kann, ist schwer zu sagen. Jedenfalls ist die Hirnkontusion von pathogenetischer Bedeutung für den deliranten Zustand, spielt eine provozierende Rolle gegenüber der Manie, ferner färbt die Hirnkontusion mit ihren Folgeerscheinungen die Manie „organisch", wirkt also pathoplastisch auf sie ein. Angesichts der offenbar vorhandenen Selbständigkeit der Manie (vergl. die Dauer, den Umschlag in Depression) ist auch der endogenen Anlage eine pathogenetische Bedeutung beizumessen. Damit ist ihre Funktion aber nicht erschöpft, sondern sie hat auch im Sinne Birnbaums eine praeformierende Rolle, insofern als sie die Entäußerungen des deliranten Bildes sofort oder doch sehr bald in manische Bahnen einmünden läßt. Großer Wert ist auf die Selbständigkeit der endogenen Schwankung zu legen, die sich bald den symptomfärbenden Einflüssen der Hirnschädigung entzieht, in eine Depression umschlägt, bei der allerdings gewisse organische Beimengungen möglich sind.

Alfred Z., geb. 1891.

Herr Z. wird von seiner Ehefrau als sehr fleißiger, tüchtiger, energischer, klarer Mensch geschildert. Er sei immer lustig, überaus lebhaft, witzig, gehe gern in Gesellschaft, sei da der Wortführer, renommiere vielleicht gern einmal ein bischen. Vom Kriege rede er besonders viel, sei aber auch tatsächlich ein Draufgänger gewesen, dabei sehr beliebt bei den Kameraden wegen seiner Lustigkeit. Er habe vielerlei Interessen, fahre z. B. bei Motorradrennen mit, sei Vorsitzender in verschiedenen Vereinen. Nach dem Krieg hatte er ein selbständiges Geschäft, da es ihm aber nicht gut genug ging, gab er es vor drei Monaten auf. Er ist jetzt Oberkommissär bei der Selbsthilfe, fährt als solcher mit seinem Motorrad im Land umher, hält Werbereden. Am

24. VII. 26 wurde er mit Schädelbasisbruch infolge eines Motorradunfalles in ein auswärtiges Krankenhaus eingeliefert. Er war tief bewußtlos, blutete stark aus dem rechten Gehörgang, hatte ausgesprochenen Druckpuls, zeigte bald eine Facialislähmung rechts. Am

31. VII. 26 sprach er zum ersten Male wieder und trank ein wenig. Nun trat eine, besonders nachmittags und abends leb-

haftere motorische Unruhe auf. Patient drängte so gewaltsam aus dem Bett, daß das weibliche Pflegepersonal seiner nicht mehr Herr wurde, weshalb er am

4. VIII. 26 in die Psychiatrische und Nervenklinik verlegt werden mußte. Geordnetes Denken und Reden sei bis dahin nur vereinzelt beobachtet worden, dagegen habe er „immer wieder phantastische Zwangsvorstellungen und Ideengänge" geäußert.

Neurologischer Befund: Bei der Aufnahme am 4. 8. 26 zeigt Patient eine allgemeine Hyperaesthesie, Nackensteifigkeit, eine periphere Facialisperese rechts, Herabsetzung des Hörvermögens rechts, das rechte Auge ist blutunterlaufen. Bauchdecken- und Cremasterreflex fehlen, sonstige Reflexanomalien bestehen nicht. Der Gang ist unsicher, taumelnd. Blutdruck nicht erhöht, Puls 52 i. d. Min. Die Lumbalpunktion ergibt klaren, goldfarbenen Liquor, darin 259/3 Zellen, positiven Nonne; der Druck ist nicht erhöht. Psychisch ist Patient verwirrt, er glaubt im Kriege zu sein, beim Militärarzt. Im Bett wälzt er sich stöhnend hin und her, ruft dazwischen immer wieder der Schwester, die ihm irgend eine Kleinigkeit bringen soll, sieht im Saal umher, zitiert Pfleger oder Patienten an sein Bett, wenn er sie gerade beim Umhergehen bemerkt, fragt nicht erst, wer sie sind, sondern bezeichnet sie immer wieder mit anderen Namen, ohne den Widerspruch zu merken. Wenn man ihn darauf aufmerksam macht, wird er gereizt, er verstehe doch alles besser, man solle ihm doch nichts vormachen wollen. Auf Fragen reagiert er prompt, auffallend rasch, erfaßt sie sofort und antwortet für Augenblicke klar, um im nächsten Moment ein vollkommen verworrenes, oft geradezu phantastisches Durcheinander daherzubringen, das er mit der größten Selbstverständlichkeit äußert. Dabei besteht eine Bewußtseinstrübung, die einem sehr raschen Wechsel unterworfen ist.

(Wie heißen Sie?) „Alfred Z." (Wie alt?) „91 geboren, 36 Jahre." (Welches Jahr jetzt?) „26." (Monat?) „Mai, Juni — —." (Wie heißt das Hotel?) „Hotel Post." (Wo?) „Schliersee." (Wie kommen Sie dorthin?) „Weil ich vom südlichen Oberbayern die Organisation der Kasse habe." (Wie kommen Sie dorthin?) „Mit dem Motorrad, ich habe es noch nicht gesehen seit dem Sturz, ich muß sehen, ob es noch intakt ist." (Sind Sie gestürzt?) „Ich weiß gar nichts, aber den Hintermann muß es auf mich raufgeschmissen haben." (Wann war das?) „Den Tag weiß ich nicht mehr genau, man muß sich an den Inspektor wenden, ich bin mit dem Motorrad gefahren durch die Stadt von der Kaiserwiese." (Welche Stadt?) „Rosenheim." (Wann sind Sie gestürzt?) „Am 15. (ruft dem Pfleger zu:) Meister, am Vortag war es nicht? . . . bei dem Samerbergrennen und zwar nicht während dem Rennen, sondern schon vorher, weil ich die Straße angeschaut hab', an der

S-Kurve hat's mich glatt gedreht und ich bin dann links durch den Heckenzaun geflogen, vorher habe ich das Gas abgedreht, den Schmied habe ich dann verbunden, der im Beiwagen gesessen ist, ich selber bin am Fuß verletzt gewesen und habe mich selber verbunden." (Wo sind Sie nun eigentlich?) „In Walchstadt, weil ich geschäftlich oben war." (In welchem Haus hier?) „Es heißt die Wirtschaft zum Klostermeier." (Walchstadt ist doch bei Icking?) „Ja, ich komme vom Samerberg über Unterschäftlarn hierher." (Ueber den Samerberg?) „Ja, vielleicht treffen wir uns in Walchstadt, dann könnten Sie mitfahren, kommen Sie morgen zu mir, *Mutter*, dann fahren wir morgen nach Deining und das Gebiet." (Wo sind Sie denn eigentlich?) „Walchstadt am Lindauersee . . ., es gibt viele Walchstadt. (Ruft einen kleinen Patienten an) Franz, ob in der Maschine Luft drin ist?" (Wer ist denn der junge Mann?) „Der Sohn vom Garagenbesitzer." (Der ist aber in München!) „Dann ist er ein außereheliches Kind." (Wer bin ich?) „Das ist unser Direktor Wurm, der chefvertretende Direktor der Frankfurter." (Welcher?) „Verein, keine Gesellschaft, die Selbsthilfe der Mittelständler." (Verheiratet?) „Ja, 9 Jahre." (Wo?) „In Rosenheim." (Wo wohnen Sie da?) „Münchnerstraße 86." (Kinder?) „2 . . . 3." (Wie heißen sie?) „Alfred, Karl, Mariele und Fannerl." (Das sind ja vier.) „Ja freilich, weil ich sie halt doppelt beinander hab! . . . Sie Herr Erzbischof, heute sind Sie ein Plaggeist." Der Kranke wird jetzt mürrisch und sehr gereizt, dreht sich unwillig um, man solle ihn endlich in Ruhe lassen.

5. VIII. 26: War in der Nacht sehr unruhig, drängte gewalttätig aus dem Bett. Heute unverändert, wehrt gereizt und mit größter Kraftanstrengung ab, wenn man ihn nur zu berühren sucht; sehr attent, hypervigil, nimmt die Gespräche der anderen sofort auf und konfabuliert weiter. Jammert und stöhnt über Schmerzen, schläft zwischendurch kurze Zeit. Puls immer noch verlangsamt. (Wo sind Sie?) „Jetzt wie heißt der Ort, wo wir jetzt sind? Sind wir im Lazarett? Meine Hauptstelle ist Passau. In dem Ort, wo Sie sind, bin ich auch!" (Wo meinen Sie denn?) „An der Donau sind 500 Orte, meiner Meinung nach muß er in der Nähe von Kehlheim sein." (Wie kommen Sie dorthin?) „Ja wie halt das Lazarett hingekommen ist." (Warum im Lazarett?) „Durch meine Verwundung." (Wo verwundet?) „Am Kopf bin ich gestürzt." (Wann?) „Das wird schon neun Jahre her sein." (Wo?) „Bei Regensburg, wo man in Regensburg nach Stadtamhof fährt." (Wie kam das?) „Von der Querstraße ist mir einer ins Vorderrad hinein." (Waren Sie bewußtlos?) „Nein, da bin ich mitsamt dem Herrn, der bei mir war, zum Kaiser Augustus gekommen, in das große Heerlager." (Wo ist das?) „Das ist ja jetzt auch verlegt." (Wie kommen Sie dorthin?) „Für den bin ich auch gefahren." (Ja?) „Mit dem Kaiser, für ihn oder in seinem Auf-

trag." (Wo ist der Kaiser Augustus?) „Das weiß ich auch nicht . . . bei der damaligen Behandlung stellte die Gegenpartei die Behauptung auf, daß 121 000 aus unserem Lager abtrinken müssen und ich habe das Gegenteil bewiesen und habe ein Stück gerettet, auf dem 133 000 von der Gegenseite daraufhängen. . . Sie müssen doch auch von der Geschichte wissen, daß das Lager der Mönche und des Kaiser Augustus . . . das hat sich verändert und damals wurden die 121 000 auf die Noten gesetzt, daraufhin bin ich in das Wasser, bin durchgeschwommen und habe das nicht gerettet, nachdem die Gegenseite das schuldig wäre. Den Gegenstand, auf dem die 133 000 geschlachtet, habe ich gerettet." (Datum?) „Ach, das ist was, wenn man als Mensch so viel Gefühl für seine Mitmenschen hat (gibt das Taschentuch), bitte, nehmen Sie das zu sich, das ist das Beweisstück für die 133 000 des Lagers II, mit dem ich mich freiwillig gerettet habe. . . es . . es aus der Donau zu retten." (Das ist doch eine Serviette?) „Ja, auf der die einzelnen alle d'rauf-stehen." (Da steht doch nichts darauf!) „Es sind Narben und Zeichen drin." (Datum?) „Wann ich geboren bin?" (Heutiges Datum?) „Heute werden wir vielleicht den 26. Juli haben." (wie ein Patient vorbeigeht): „Das ist doch der Kaiser Augustus?" (Der lebte doch vor 2000 Jahren?) „Ja, aber das war im Lager, wo ich weggeschwommen bin und ich mit großen Siegesfreuden empfangen worden bin." (Jetziges Jahr?) „26." (Kennen Sie mich?) „Dem Namen nach nicht, aber dem Gesicht nach, der Herr Doktor sind Sie von Wolfratshausen? Sie sind doch ein Wolfrats-hauser? . . . Herr Kollege, holen Sie mir die Schwester!" (Wie?) „Das ist auch ein Arzt und ich bin auch ein Arzt." (Das stimmt doch nicht!) „Dann fragen Sie von dem großen Arztkongreß in Asien, Japan, China, Australien . . . wie der Sieg der Aerzteschaft." (Wo studiert?) „In Tokio, in Tokio war ich in Scheidung von der großen Tur . ." (Was heißt das?) „Das habe ich Ihnen richtig gemacht und einen neuen Plan aufgestellt, der heißt Schemato-Alfredo, Dr. Alfredo." (Beruf?) „Mechaniker." (Und Doktor?) „Als Doktorbub habe ich Mechanik gelernt, bin dann zur Medizin übergegangen und jetzt bin ich Doktor." (Und Ihre Praxis?) „Die haben mir die jüdischen Herren gestohlen." (Das ist doch Unsinn!) „Wenn Ihr geistiger Horizont nicht mitkommt, tut es mir leid, für mich war es Wirklichkeit." Jammert und stöhnt vor Schmerzen; für alle Mühen und Strapazen, die man für seine Mitmenschen ertragen habe, werde man mit Ungerechtigkeit bestraft. Gibt die Serviette her: „Hier ist das Wesen mit den 23."

6. VIII. 26: Stöhnt und jammert immer noch sehr viel; herrisch, läßt sich nichts sagen, widersetzt sich jeder Berührung mit äußerster Energie. Das blutunterlaufene rechte Auge entzündet sich allmählich immer mehr. Einen Verband reißt Patient sofort weg, wie er aus dem Hyoscinschlaf erwacht; er lasse sich nicht

behandeln, da er selbst Arzt sei und alles besser verstehe und sich selber behandeln wolle. Attent, wachsam, mißtrauisch. (Wo sind Sie?) „In Birnbach, da ist das Schloß des Grafen Moy." (Wie kommen Sie dorthin?) „Ich bin mit dem Sanitätswagen hingekommen." (Warum?) „Weiß ich nicht, ich war vollständig bewußtlos." (Wodurch?) „Durch den Sturz, ich habe ja einen siebenfachen Schädelbruch." (Seit wann?) „Wie ich mit dem Motorrad gestürzt bin . . . das wird 6 . . 4 Jahre her sein . . . meine Aufgabe ist es, daß ich wegfahre, genese und die beiden Parteien der Christen und der Protestanten unterrichte und durchdrücke, daß das Zusammenkommen auf einheitlicher Basis . . . aber inzwischen muß ich fort, damit die die Anwendung machen können. . . ." (Datum?) „Den 6. — 4." (Monat?) „Ich erfahre es schon, wenn ich herauskomme, stimmt das, Juli, oder stimmt das nicht?" (Jahr?) „91 bin ich geboren . . . 26."

7. VIII. 26: Laut und störend, besonders nachts, drängt nach Hause. Konfabuliert weiter. (Wo sind Sie?) „In dem Ort, wo wir jetzt sind, zuhause in Wolfratshausen." (Seit wann dort?) „Meine Eltern sind auch dort . . . und dann habe ich jetzt den Auftrag bekommen, herunter zu fahren nach dem Bosporus und die Leute für unseren Glauben zu bekehren. Dort gibt es ein Unglück und dort habe ich gerettet, was zu retten war und so hat mir angeschafft unser Herrgott." (Was hat der gesagt?) „Ich soll mich mit ihnen verbinden und wir sollen uns vertragen und zusammen die Aufgabe lösen, er wird uns zur Seite stehen." (Bei welcher Gelegenheit?) „Hier war er am Bett . . . so Herr Kollega, jetzt möcht' ich dann stehen auf und alles nachsehen, besonders meine Ausrüstung, und dann werden wir abfahren, fahren wir doch zusammen ab." (Seit wann Arzt?) „Ich werde morgen früh abfahren im Nebel, weil heute nacht habe ich Arbeit, bis ich alles zusammenstelle, ich verständige sie dann noch durch einen Posten, wenn es Ihnen angenehm ist." (Warum hier im Bett?) „Weil ich doch zwei Füße übernommen habe und die waren mit 90 % gehunfähig und deshalb mußte ich ins Lazarett." (Ist das möglich?) „Das habe ich als Buße zur Aufgabe bekommen, um das Volk zu retten." (Gibt es das?) „Weil der mit den Füßen das Volk versündigt hat, ... ja mein, ich kann auch nichts anderes sagen, als was die Geistlichkeit . . . . die Füße büße ich morgen ab in der Schlacht . . ." (In welcher Schlacht?) „Sie haben es doch schon notiert. (Ruft dem Pfleger zu:) Augustus, Schulkamerad!"

8. VIII. 26: Gereizt, überempfindlich, bei der Nacht unruhig, tagsüber sehr redselig, mischt sich in alle Gespräche.

9. VIII. 26. Im ganzen etwas ruhiger, nicht mehr so herrisch und befehlend, klagt auch weniger über Kopfschmerzen. Es besteht aber noch allgemeine Hyperaesthesie, besonders am Nacken und am Schädel. Die Reflexe sind sehr lebhaft, bds. gleich. Fa-

cialisparese rechts unverändert. Hörschärfe rechts herabgesetzt. (Wie geht es?) „Im allgemeinen geht es besser, gegen voriges Jahr ist es viel besser." (Schon ein Jahr hier?) „Ich weiß auch nicht, wann ich eingeliefert worden bin. Ich bin 24 Jahre Militärarzt." (Wo hier?) „Im Kriegererholungsheim." (Wie heißt das?) „Ganghofen. Wir haben ja Kriegererholungsheime 14, seit ich hier bin, habe ich noch keine Zeitung gelesen." (Was ist passiert?) „Ich habe einen Schuß bekommen in das linke Auge, die Kugel ist noch drinnen, alle Lazarette, die Kugel ist von einem Professor herausgenommen worden, wissen Sie denn meinen Befehl, Herr Oberstabsarzt? Ich muß nach Jerusalem und muß kämpfen für unseren Glauben und unsere Kultur, den Befehl habe ich bekommen von der Kommandantur." (Wer ist der Kommandierende?) „Kreß von Kressenstein." (Datum?) „28. Juni. Ich muß meine Kameraden retten im schwarzen Meer." Der Kranke spricht etwas pastoral, singend, mit einem Rhythmus, als trage er ein Gedicht vor.

10. VIII. 26: Keine Aenderung. Allerhand sonderbare Einfälle. Verlangt vom Arzt, man solle ihn mit Fliegenleim bestreichen, damit ihn die Fliegen fressen könnten; will die Suppe nicht essen, weil die Suppe ihn zur anderen Partei verpflichte. „Es können Katholiken ringen und Protestanten und wer die Suppe ißt, gehört zu den Protestanten, lesen Sie nur die Statuten vom Lazarett nach!" (Wie lange hier?) „Meiner Schätzung nach 3 Monate (sieht auf die Uhr), ich müßte schon längst befreit sein, denn international ist um 6 Uhr die Gefangenschaft gar und jetzt ist 5 Minuten über 6." (Es ist 5 Minuten über 6½ Uhr.) — Bei den gewöhnlichen Methoden der Merkfähigkeitsprüfung zeigt der Kranke keine Ausfälle, er wiederholt im Gegenteil fünfstellige Zahlen noch nach ¼ Stunde sofort und ohne Schwierigkeit. Er kann sich aber nicht daran erinnern, daß er heute zweimal von seiner Frau besucht wurde, meint im Gegenteil, seine Frau wisse gar nicht, daß er hier sei.

11. VIII. 26: Wird ruhiger, schläft untertags ziemlich viel, klagt aber immer noch über ziemlich starke Kopfschmerzen. Läßt sich jetzt wenigstens einigermaßen behandeln. Die Entzündung am Auge geht zurück. Konfabuliert weiter. Er sei jetzt im Kriegslazarett Nr. VII, der Krieg gehe weiter ... an der Hottentottenfront im Chinaarchipel habe er mit allen Aerzten der Welt einen Kampf geführt in verschiedenen Aufgaben der Verordnung von Mitteln und Operationen, daher habe er auch den Dr. Alfredo. Er kämpfe nur mit dem Atem und dem Geistesheer, aber wenn er jemand finde, der schwächer sei als er, der sei erledigt. Er möchte jetzt mit seinem eigenen Schiff weg, wo die Kameraden stehen — drunten am Pol... Läßt sich nichts ausreden, weiß alles besser.

13. VIII. 26: Die Konfabulationen scheinen etwas zurückzutreten. Hyperaesthesie und Kopfschmerzen bestehen noch fort. Puls immer noch verlangsamt.

14. VIII. 26: Klagt über Schluckbeschwerden, Rachen gerötet, Abendtemperatur 39,5. Puls etwas beschleunigt. Psychisch: leicht benommen, ruhig, schläfrig. Nackensteifigkeit, verstärkte Kopfschmerzen, Hyperaesthesie.

16. VIII. 26: Temperatur gefallen. Der Kranke ist desorientiert, spricht aber klarer, konfabuliert weniger. Es fällt auf, daß er in Reimen zu sprechen sucht und dabei die Worte in verschrobener Weise umstellt.

18. VIII. 26: Temperatur 38,4: Pröpfe in den Tonsillen, geröteter Rachen. Erzählt von seinem Unfall, den er ganz klar darstellen kann. Hier liege er seit 6 Wochen. (14 Tage.)

25. VIII. 26: Klagt über die schlechte Behandlung, über das schlechte Essen. Er werde sich jetzt befreien und dann nach Hause gehen, mit seiner Kompanie werde er wieder kommen und diese alle befreien. Kampfflieger sei er gewesen, habe 27 feindliche Flieger abgeschossen, habe den „Pour le merite" und den „Max-Josef-Ritter"; (den schwarzen Adler auch?) „Den auch . . ." Fährt dann weiter: „Nur das eine nicht, daß ich werde frei, daß ich den Schweinen zeige, wie man macht den Brei." Als ein Pfleger hereinkommt, richtet er sich lebhaft auf, ruft ihn heran, winkt mit den Händen und schreit dann: „Wir kennen uns doch, Fliegerkamerad! Hier ist die Flugstaffel 17, zu der gehören wir."

26. VIII. 26: Abfall des Fiebers. Klarer, spricht frischer. Meningismus sehr viel geringer geworden. Hält an seinen phantastischen Ausschmückungen nicht mehr so fest, behauptet aber immer noch, er sei Flieger bei Udet gewesen, habe 27 abgeschossen. Habe einen adeligen Namen, habe Medizin studiert. Keinerlei Krankheitseinsicht.

28. VIII. 26: Weitere Besserung, sehr gut zu haben, aber immer mit den gleichen Wünschen kommend: fühle sich gesund, wolle entlassen werden, zur Fliegerei zurück, diese brauche Deutschland jetzt. Spricht von seiner Verwundung, als habe er sie bei der Fliegerei erlitten.

31. VIII. 26: Noch sehr schwere Facialisparese rechts. Man habe ihm erst gestern gesagt, daß es sich bei ihm um einen schweren Schädelbruch handle. Sehr euphorisch, korrigiert heute viel, aber noch nicht die Ideen von der Fliegerei usw. Gibt zu, daß er Elektrotechniker, nicht Arzt sei, weiß, daß der Krieg zu Ende ist, daß er von 1914 bis 1918 dauerte. Jetzt hätten wir 1927, er sei hier im Krankenhaus r. d. I.; konfabuliert, daß er den Arzt von früher her kenne, er wisse nur den Namen nicht mehr.

4. IX. 26: Wesentlich freier, lebhaft, munter, stets zufrieden. Fühlt sich trotz seiner schweren Facialisparese sehr gesund, möchte am liebsten fort, nach Hause, zu seiner Fliegerei. Erzählt sprudelnd und in unerschöpflicher Erfindung von seinen Heldentaten im Felde,

beschreibt dabei Einzelheiten, behauptet unter Immelmann, Bölke, Richthofen, Udet geflogen zu sein.

16. IX. 26: Immer sehr wortreich, lebhaft, gehobener Stimmung, ideenflüchtig. Hat seine Ideen korrigiert, lacht darüber. Behauptet jetzt, er sei von einem Auto angefahren worden. Orientiert, hat den Arzt, der ihn vor 4 Wochen behandelte, sofort wieder erkannt, nennt seinen Namen. Drängt nach Hause. Lobt die ärztliche Kunst über den Schellenkönig.

25. IX. 26: Stets unverändert, ausgesprochen manisch, ideenflüchtig, macht Witze. Macht sich über sich selbst lustig, besonders über sein schiefes Gesicht. Es würde ihm gar nichts ausmachen, wenn es ihm bliebe, wenn er nur wieder arbeiten könne. Wird auf Wunsch seiner Angehörigen nach Hause entlassen.

Diagnose: Hirnkontusion, subarachnoidale Basisblutung, manisches Zustandsbild.

8. I. 1927 *Nachuntersuchung.*

Die Facialisparese hat sich stark zurückgebildet, ist nur noch am Stirnast deutlich vorhanden. Pupillen, Reflexe: o. B. Subjektive Beschwerden: Schmerzen im Hinterkopf, Gefühl der Schwere, beim Bücken ein Gefühl, wie wenn es in den Fingern jucke, rasche Ermüdbarkeit. Psychisch: Lebhaft, oberflächlich, sucht etwas Kapital aus dem Unfall zu schlagen. Die Versicherung zahle nur dann, wenn man zwei Jahre vollkommen arbeitsunfähig sei. Er müsse sich überhaupt schonen in jeder Beziehung, auch in geschlechtlicher, die Gesundheit gehe vor . . .! Sonst gehe es ihm aber ausgezeichnet!

Zweiter Klinikaufenthalt: vom 23. VI. bis 20. VII. 1928.

Am 6. VI. 28 erlitt Herr Z. abermals einen schweren Motorradunfall. Nach Bericht des behandelnden Arztes bestand anfangs eine starke Blutung aus der Nase und beiden Ohren, Benommenheit, Desorientiertheit, keine völlige Bewußtlosigkeit. Hautaufschürfungen im Gesicht, Schlüsselbeinbruch links. Leichte Facialisparese links. Puls zwischen 40 und 50. Im weiteren Verlauf hellte sich die Amnesie bis auf die letzten Sekunden vor dem Unfall auf, die Benommenheit wurde nur vorübergehend stärker. Die Blutung aus dem linken Ohr dauerte fünf Tage fort. Bis am 7. Tag hielten Pulsverlangsamung, leichte Temperatur, starke Schmerzen im Kopf und in beiden Beinen an. Psychisch habe Patient einen Wechsel zwischen manischer und depressiver Verstimmung gezeigt, einen Hang zum Aufstehen. Zeitweise bestanden Desorientiertheit, Gehörshallutinationen. Wahnideen von meist manischer Art, Vielrederei vom Charakter der Ideenflucht.

23. VI. 28: Patient wurde in die Klinik eingeliefert. Er erzählte sehr lebhaft, aber ganz ungenau, ohne jede chronologische Uebersicht von dem Unfall und den Ereignissen der letzten zwei

Jahre. Dabei ist Intelligenz, Merkfähigkeit, Orientierung nicht gestört. Er ist sehr euphorisch, selbstbewußt, schneidet gern auf. Er hat große Pläne, will Motorradrennen fahren, Durchschnittsgeschwindigkeiten von 220 km erreichen, mit dem gewonnenen Geld sich einen Mercedeswagen kaufen.

24. VI. 28: Nur schwer im Bett zu halten, fühlt sich bis auf die Ohrenschmerzen ganz wohl. Gehobene Stimmungslage.

26. VI. 28: Ohrenärztliche Untersuchung.

1. VII. 28: Heiter, vergnügt, aber, wenn nicht angeregt, nicht eigentlich manisch; keine Ideenflucht.

12. VII. 28: Entfernung eines Knochenkallus der Clavicula.

20. VII. 28: Noch ganz leichte Facialisparese links. Humorvoll, betriebsam, zutraulich. Will, obwohl ihm Ruhe angeraten wird, in 14 Tagen schon wieder arbeiten.

Diagnose: Schädelbruch, manisches Zustandsbild.

Bei einer kurzen ambulanten Untersuchung im Juni 1929 klagte Z. über Abgespanntheit, getrübte Stimmung und einen Pessimismus, der ihm früher ganz fremd gewesen sei. Es schien ein leichter endogener Depressionszustand zu bestehen.

Zusammenfassung: Es erleidet ein bisher gesunder, gleichmäßig hypomanischer Mann einen Schädelbasisbruch mit schwerer Gehirnerschütterung, und wohl auch intrakranieller Blutung und Druckerhöhung. Gleich nach dem Erwachen aus viertägiger Bewußtlosigkeit nimmt der Krankheitsverlauf eine unerwartete Wendung: es tritt eine motorische Erregung auf, die dadurch auffällig ist, daß sie fast den Charakter einer berechnenden Gewalttätigkeit hat, nicht einfach ziellos ist, sondern mit irgend welchen Absichten verbunden erscheint. Tatsächlich werden auch sehr bald gedankliche Motivierungen geäußert. Es soll damit nicht gesagt werden, daß die Hypermotilität die Folge gedanklicher Erregung ist, beide können ebenso koordiniert sein, ja sogar eine nachträgliche Motivierung immer wiederkehrender motorischer Antriebe wäre denkbar. In allen Fällen ist verwunderlich, daß kurz nach einem so schweren Hirndruck die psychische Aktivität so groß ist.

Bei der Aufnahme in die Klinik, vier Tage nachdem Patient zu sich gekommen ist, ist bereits ganz deutlich ein Nebeneinander von Hirnschädigungsfolgen und von Störungen, die nur durch eine Manie bedingt sein können, zu erkennen. So scheint z. B. der behauptete rasche Wechsel der Bewußtseinstrübung dadurch zustandezukommen, daß es starken Impulsen immer wieder gelingt, die Inkohärenz vorübergehend aufzuhalten, einen kurzen Gedankengang zu Ende zu führen. Die daraus resultierende Diskontinuität, Abruptheit, hypermetamorphotische Ablenkbarkeit des Denkens ist dann nicht, wie bei ähnlichen Zuständen in der Amentia z. B., ein Defekt, sondern ein Reizsymptom (vergl. Wernicke). Haben wir doch auch noch andere Zeichen einer auffälligen Impulsivität:

Patient sucht sich energisch mit seiner Umgebung in Beziehung zu setzen, antwortet auffallend prompt, füllt mit großer Schnelligkeit, Bestimmtheit, Selbstverständlichkeit seine Erinnerungslücken aus, will alles besser wissen, läßt sich nichts vormachen, sich nicht in Verlegenheit bringen.

Ferner zeigt sich schon zu Anfang eine gewisse Ueberhebllichkeit bei der Schilderung seines Unfalles, großer Optimismus in der Beurteilung seines Zustandes. Daneben bestehen die unverkennbaren Symptome eines traumatischen Korssakow, eine deutliche Merkschwäche, die in seinen Aussagen die größten Widersprüche duldet, sowie eine gewisse Reizbarkeit, Ermüdbarkeit.

Die Konfabulationen gehen sehr bald über die normal-psychologisch verständliche Ausfüllung der Erinnerungslücken weit hinaus, ebenso wird aus der einfachen Desorientiertheit eine Situationsverkennung, „Verwirrtheit", die an delirante Zustände erinnert. Die phantastischen Kriegsgeschichten aber haben nichts zu tun mit Erlebnissen im Delir, in der Amentia. Sie sind niemals ängstlich gefärbt, dienen im Gegenteil immer der Selbsterhebung, sie sind besonders später keine echten Erlebnisse, sondern Erzählungen, die auf äußere Anregung hin erfunden werden, durchaus nicht suggestibel. Ihre Uebertriebenheit, teilweise Verworrenheit, Unverständlichkeit ist durch das Zusammentreffen einer (gar nicht so starken) Bewußtseinstrübung, Urteilsstörung mit den in reichlicher Menge sich aufdrängenden, von erhöhtem Selbstgefühl getragenen Gedankenreihen bedingt. Die Neigung zu Reimen endlich, zu pastoraler rhythmischer Vortragsweise, die gelegentlich humorvoll-schlagfertige Art läßt an dem Vorliegen einer ausgesprochenen manischen Denkstörung keinen Zweifel.

Man könnte sagen, daß das Bild des posttraumatischen Korssakow lediglich durch die schon vorhandene Hypomanie pathoplastisch gefärbt ist. Tatsächlich könnte ja eine Hypomanie in einem solchen Zustand etwas grotesk sich auswirken und nur relativ als Manie erscheinen. Aber einmal wäre doch eher zu erwarten, daß sie durch die schwere exogene Schädigung gedämpft, wenn nicht überhaupt völlig unterdrückt wird, und dann ist, als vier Wochen nach dem Unfall die Hirnschädigungsfolgen bereits sehr gebessert sind, die Manie noch ganz ausgesprochen (mehrmals wird z. B. die Ideenflucht erwähnt) und noch nicht annähernd ein nur hypomanischer Zustand wie vor dem Unfall erreicht. Letzteres scheint bei der Nachunterhuchung nach vier Monaten der Fall zu sein. Daß aber die Entwicklung eines manischen Zustandsbildes innerhalb weniger Tage auf Grund der bestehenden Hypomanie, die jederzeit dazu neigte, in eine Manie überzugehen, besonders leicht möglich war, wird man wohl annehmen dürfen.

Der zweite Unfall, bei dem röntgenologisch ein neuerlicher Schädelbasisbruch festgestellt wurde, führte zu einer geringeren

Schädigung des Gehirnes selbst. Eine ausgesprochene Manie wurde da nicht flott gemacht, vielmehr erscheint diesmal das exogene Zustandsbild nur pathoplastisch gefärbt durch die Hypomanie.

Der Mechanismus dieses Falles ist also im großen und ganzen derselbe wie bei Fall zwei: Die schwere Hirnschädigung ist die pathogenetische Ursache des deliranten Zustandes, sie löst aber auch — mittelbar oder unmittelbar — die Manie aus. Zweifellos könnte man ja dem ausgesprochenen hypomanischen Temperament als praeformierendem und pathoplastischem Faktor große Bedeutung zusprechen. Eine anhaltende Manie mit blühenden Größenideen, Ideenflucht usw. auf diese Weise zu erklären, ist aber doch nicht angängig. Vielmehr muß man der endogenen Anlage einen gewissen Anteil an der Pathogenese einräumen, wenn ihre Rolle auch insofern eine untergeordnete ist, als die Hirnkontusion erst provozierend auf sie einwirken muß.

Die zweite Erkrankung, die äußerlich ein ähnliches Bild wie die erste bot, ist doch wohl etwas anders aufgebaut. Die manischen Symptome scheinen hier nur pathoplastisches Beiwerk und die früher durchgemachte Psychose hat wohl auf das gesamte Krankheitsbild einen wesentlichen praeformierenden Einfluß ausgeübt.

Therese M.

Die 51jährige Frau war nach Angabe des Mannes früher immer vergnügt, guter Stimmung. Vor sieben Jahren traten Krämpfe auf der rechten Seite mit vorübergehenden Lähmungen und Sprachverlust auf, seit 1½ Jahren sind die Krämpfe häufiger geworden, die Lähmung ist geblieben, die Sehkraft hat abgenommen. Psychische Auffälligkeiten bestanden nie. November 1925 kam die Patientin in das Krankenhaus lks. d. Isar, hatte mehrere Anfälle dort, wurde 11mal bestrahlt. 6 Tage vor der Ueberführung in die psychiatrische Klinik begann sie durcheinander zu reden, in den letzten drei Tagen äußerte sie Wahnideen: Ihr Vater sei König, sie die Tochter eines Herzogs, ihr Sohn werde heilig gesprochen. Sie war örtlich gut, zeitlich ungefähr orientiert.

Bei der Aufnahme am 6. Februar 1926 singt, redet sie andauernd. Die Stimmung ist labil, bald lacht sie, bald weint sie. Auf Fragen reagiert sie oft erst nach energischer Anrede, vergißt sie nicht selten, ehe sie sie beantwortet hat, oder redet plötzlich von etwas anderem, fängt zu weinen, singen an:

(Wie geht es?) „Nit gut, sterben muß i' gleich. Sie dürfen nur telephonieren auf Tutzing oder Starnberg. Oh, mein Gott, nun hab ich bet' mein Leben lang und niemand hat mir geholfen." (Wo hier?) „Im Krankenhaus." (In welchem?) „Das weiß ich nit. 2. Klasse, da bin ich gestern herkommen." (Seit wann hier?) „3 Monate." (?) „Ja." (Datum?) „Ein Samstag." (richtig.) (Wievielter?) „17. Februar." (Jahr?) „Das weiß ich net, wenn Sie mir helfen, dann weiß ich es auch." (Lacht, singt): „Ach, du

schöne Adelheid . . . Sie kriegen heut noch einen Kuß, von mir, Herr Doktor." (Singt wieder): „Ich bin a Kaiserstochter, das glauben Sie doch a, daß ich das bin. Jesses mei, i bin a Grafentochter, beim Grafen bin ich Köchin gewesen." (Seit wann krank?) „7 Jahre, glauben Sie es net und schreiben Sie es hin. Ist man da nicht krank, wenn man nicht mehr gehen kann. Ich bin schon 7 Jahre blind, weil ich krank bin."

8. II. 26: Patientin ist wieder sehr erregt, meist gereizt, weint, flucht, klagt, läßt sich aber in ihrer Stimmung leicht beeinflussen, fängt auf Aufforderung lachend zu singen an. Erzählt delirante Erlebnisse, die sie eben gehabt habe: „Alles ist hell gewesen, Viecher sind hereingekommen mit schwarze Köpf' und ich hab' mich geforchten. Und dann ist meine Mutter kommen, ein Haufen Engel hat sie begleitet, das ist schön gewesen." Sie hat eine starke Merkstörung, ist über Tageszeit und Wochentag, nicht über den Jahrgang orientiert. (Wie lange hier?) „3 Monate, da bin ich zuerst im großen Saal gewesen. Und wo der Bubi ist, das weiß ich nicht. Ich bin froh, wenn ich wieder heimkomm' zu meine Leut'. Und Sie können mitfahren und Geld kriegen Sie genug. Der Lorenz läßt Sie köpfen, wenn Sie mich nicht entlassen."

15. II. 26: Wesentlich ruhiger, liegt still im Bett, die Decke über den Kopf gezogen, ist besser orientiert, weiß den Zeitpunkt ihrer Verlegung, merkt einige einfache Rechenaufgaben. (6 mal 7?) „Das hab' ich früher schon gewußt, weil ich Kellnerin gewesen bin. Meine Schwester ist in Frankfurt Köchin gewesen." (4 mal 5?) „Wenn Sie mir helfen, dann bring' ich es schon heraus. Früher hab' ich das besser gewußt, als Sie. Jetzt bin i aber eine dumme Saubäurin geworden."

Neurologischer Befund: Beiderseits Stauungspapille, die in Atrophie übergegangen ist. Rechtsseitige Hemiparese vom Praedilektionstyp, gesteigerte Reflexe und Babinski rechts. Gehen nur mit Unterstützung und unter Fallneigung nach hinten und rechts möglich. R.R. 160/100, kein Druckpuls. Es wird Tumor der lk. vorderen Zentralwindung, der sich nach dem Stirnhirn zu ausdehnt, angenommen.

27. II. 26: In den letzten Tagen wieder stark gereizt, schimpft, flucht, hat viele Wünsche, ist unzufrieden. „Ich bin eine große Bäuerin und könnte den ganzen Saal erhalten, i glaub gar, man hat heimgeschrieben, daß i schwer krank bin, weil gar niemand kommt, da darf man so nix tun, bei dem Doktor drunten, da ham wir getan, was wir mögen ham, so schlecht, wie's mir jetzt geht, ist mir's noch nie 'gangen, Bier hab i immer noch kriegt, wenn ich und meine Kinder auch betteln gehen ham müssen, da ham's oft viel heimbracht, an ganzen Sack oft voll; die denken aber dran, wenn ich aus dem Haus da komm, da laß'

ich die in die Zeitung setzen, die meinen, i bin so dumm, was die da können, das kann i auch, d' Wahrheit will niemand wissen, da laufen's alle davon, der Doktor und die Schwestern." (Jahreszeit?) „Frühling, Ende März, meinst denn, i bin gar so dumm." (Jahr?) „1800, geh' laß mir a Ruh mit dem dummen Zeug da, i kann mir halt a net alles merken." (Krank?) „Ja, kannst du da nimmer dümmer fragen, ja so dumm fragen, ob ich krank bin, blind bin i', g'lähmt, die ganze Seiten, des wird wohl g'nug sein, ganz damisch bin i oft." (In was für einem Haus hier?) „A bessers halt, mei' Mann hat mich extra 1. Klasse rein, damit mir's gut gehen soll, daweil o mei, o mei, um und um is zug'sperrt und naus kann man nimmer, lauter so Deppen sind da, die sich net auskennen."

6. III. 26: Schläft viel, ist ruhiger, aber sehr stimmungslabil. Oft über Kleinigkeiten sehr aufgeregt, schreit, schimpft dann; hat paranoide Ideen, wenn sie weinerlich ist, meint, der Mann habe eine andere, verschenke ihre Sachen, korrigiert dies in ruhiger Stimmung, findet in hypomanischer Stimmung, sie habe den besten Mann der Welt. Merkfähigkeit, Orientierung wie früher.

30. III. 26: Ziemlich unverändert, weint, wenn man sie nach ihrem Befinden fragt — sie habe so viel Kopfweh. Scheint hin und wieder bewußtseinsgetrübt. In den letzten Tagen oft unruhig, will aus dem Bett, schimpft über den Mann.

7. IV. 26: Seit einigen Tagen ziemlich ruhig, aber leicht depressiv. Gibt ordentlich Auskunft, ist leidlich orientiert, kümmert sich wenig um ihre Umgebung.

15. IV. 26: Wesentlich ruhiger, geordneter. Nur noch abends etwas affektlabil. Wird zur Operation in die chirurgische Klinik verlegt.

Diagnose: Hirntumor, verworrene Manie.

Epikrise zu Fall Therese M.: Aus den anamnestischen Angaben ist auch hier mit einiger Wahrscheinlichkeit zu entnehmen, daß die Kranke ihrer Persönlichkeit nach zum manisch-depressiven Formenkreis gehört. Psychische Auffälligkeiten wurden früher trotz der seit Jahren bestehenden organischen Erkrankung jedoch nicht beobachtet. Erst im Verlauf einer Röntgenbestrahlung des Schädels trat plötzlich ein Zustand von Erregung und Verwirrtheit auf, in dem Größenideen geäußert wurden. In den ersten Tagen des Klinikaufenthaltes (und wohl schon 3 Tage vorher) entsprach nun der Befund keineswegs mehr einer einfachen deliranten oder amentiellen Verwirrtheit. Zwar bestanden ausgesprochene Inkohärenz in den Aeußerungen, starke Aufmerksamkeitsstörung, Vergeßlichkeit, Affektinkontinenz, Bewußtseinstrübung und delirante Erlebnisse, doch paßten in das Bild einer gewöhnlichen symptomatischen Psychose nicht die zahlreichen Größenideen, die mit un-

verkennbarem Affekt und oft mit beinahe beabsichtigter Distanzlosigkeit vorgebracht, nicht etwa ohne innere Beteiligung, sinnlos hingeworfen wurden. Auch war die Stimmungslage zumeist doch ausgesprochen euphorisch und die Heiterkeit war durchaus nicht flach, es fehlte ihr nicht ein gewisser innerer Turgor. Andererseits war die sprachliche und gedankliche Erregung nicht so stark, daß man die Zusammenhanglosigkeit und Verworrenheit der Aeußerungen damit hätte erklären und eine einfache Steigerung einer manischen Denkstörung annehmen können. Man kommt also ohne die Annahme, daß hier exogene und endogene Züge nebeneinander bestanden und sich durchflochten, nicht aus.

Während des über zwei Monate dauernden Klinikaufenthaltes verschiebt sich nun das Bild immer mehr nach der Seite des Endogenen hin. Die deliranten Erlebnisse und die inkohärente Denkstörung verschwinden, eine gewisse Labilität der Gemütslage allerdings, eine deutliche Merkstörung bleibt bestehen (auch das organische Grundleiden besteht ja weiter). Auf der anderen Seite dauern die Größenideen einige Zeit fort, mitunter ist Ideenflucht angedeutet, besonders deutlich aber wird das Vorhandensein einer endogenen Schwankung durch die Stimmungsanomalien gekennzeichnet: Euphorische Stimmungslage wechselt mit einer mehr gereizten, nörgeligen ab, die Patientin ist bald hypomanisch, voll Zufriedenheit mit sich und der Welt, bald reizbar, unzufrieden, anspruchsvoll, anmaßend, oft auch paranoid. Zeitweise könnte man von Galgenhumor sprechen, zeitweise von einem Mischzustand mit schnellem Phasenwechsel. Zuletzt scheint eine mehr gleichmäßige, leicht depressive Gemütsverstimmung bestanden zu haben.

In der Krankengeschichte der chirurgischen Klinik wird nichts mehr von psychischen Auffälligkeiten erwähnt. Die Trepanation bestätigte die neurologische Diagnose und nach zwei Monaten wurde Patientin in gebessertem Allgemeinzustand, ohne daß nochmals Anfälle aufgetreten wären, nachhause entlassen.

Konnte also der Verlauf auch nicht bis zu Ende verfolgt werden, so läßt sich doch sagen, daß gegen Ende unserer Beobachtung noch Symptome einer endogenen Schwankung deutlich waren, akute exogene Störungen dagegen nicht mehr vorlagen, während im Beginn beide sich ziemlich gleichwertig gegenübergestanden waren.

Zusammenfassung:

Vergleicht man die beschriebenen vier Fälle untereinander und stellt man sie einfachen symptomatischen Psychosen, Manien mit exogener Färbung gegenüber, so kann man zusammenfassend folgendes sagen: Aetiologisch wirksam sind hier — wohl kaum rein zufällig — schwere direkte Hirnschädigungen, in zwei Fällen

eine Comotio und Contusio cerebri, in den beiden anderen ein Tumor bzw. dessen Operation, Bestrahlung. Dazu kommt als wesentlicher aetiologischer Faktor die Besonderheit der von diesen Schädigungen betroffenen Persönlichkeiten. Im ersten und dritten Fall handelt es sich mit Sicherheit, bei den zwei anderen Fällen mit großer Wahrscheinlichkeit um Angehörige des manisch-depressiven Formenkreises; endogene Schwankungen waren aber früher nie aufgetreten.

Die exogenen Verwirrtheitszustände, die auch bei Fall eins und vier ziemlich plötzlich auftraten, könnte man zunächst nun recht wohl als amentiaähnliche Erkrankungen auffassen; aber schon nach wenigen Tagen zeigen sich, wie oben im einzelnen dargelegt wurde, fremdartige Züge, und im weiteren Verlauf erscheint es ganz unmöglich, etwa von einfachen hyperaesthetisch-emotionellen Schwächezuständen, amnetischen Syndromen oder Deliren zu sprechen.

Das voll entwickelte Bild der „verworrenen Manie", jene Phase, in der exogene und endogene Symptome ziemlich gleichwertig sich gegenüber stehen und sich durchflechten, trägt nun zweifellos einige charakteristische Züge: Es ist psychologisch kaum nachfühlbar; die Kranken scheinen mit einem gewissen Uebermut oder in einer Art Galgenhumor ihre Störungen zu übertreiben, sind verblüffend schlagfertig und dann wieder ganz unfähig zu geordneten intellektuellen Leistungen, bringen spielerisch und doch wieder mit innerer Beteiligung ihre Wahnideen vor, sind bald gereizt, anmaßend, unzugänglich, bald zu Scherzen geneigt, freundlich, zutraulich. Trotz des Wechsels der Erscheinungen ist eine gewisse Eintönigkeit unverkennbar, trotz des Ideenreichtums z. B. sehen wir perseveratorisch immer wieder dieselben Inhalte auftauchen und es unterliegt keinem Zweifel, daß für diese Einförmigkeit die organische Komponente im Krankheitsbild verantwortlich zu machen ist. Letztere läßt sich ja auch im weiteren Verlauf immer wieder erkennen an der gelegentlichen Reizbarkeit, an der Ermüdbarkeit, Merkschwäche.

Interessant ist die Beziehung mancher manischer Symptome zu den Erscheinungen des exogenen Formenkreises: besonders bemerkenswert erscheint auch bei diesen Fällen die Aehnlichkeit der beiden Krankheitsbildern gemeinsamen produktiven Symptome, die bei reinen Fällen von Manie resp. symptomatischer Psychose unschwer unterscheidbar sind, während sie hier durch ihr Zusammentreffen uncharakteristisch werden. Das gilt z. B. von der organischen Hypervigilität, Hypermetamorphose und der manischen Ablenkbarkeit, von der organischen Neigung zu Konfabulationen und dem manischen Einfall, von der Inkohärenz und Ideenflucht, schließlich auch von der organischen emotionellen Inkontinenz und der endogenen Affektinkontinenz.

Nach der Beschreibung des leider nicht selbst beobachteten Depressionszustandes bei Sch. liegt ferner der Gedanke nahe, daß hier sich entsprechende und in der Entäußerungstendenz gleichartige Symptome endogener und exogener Art zusammengefunden haben in der Gestalt einer depressiven Hemmung und einer organischen Akinese. Man muß daher annehmen, daß durch die endogenen Schwankungen unter Umständen organische Symptome in gewisse jeweils praeformierte Bahnen gelenkt werden können.

Es ist nicht zu leugnen, daß in den beschriebenen Fällen vielfach eine gewisse Aehnlichkeit mit manisch-depressiven Mischzuständen besteht. Diese tritt besonders zutage in den meist nur vorübergehenden, aber fast nie ganz fehlenden Zeiten paranoider Einstellung der Kranken, in denen dann das organische Krankheitsgefühl zum Durchbruch gekommen zu sein scheint.

Die Diagnose einer „verworrenen Manie" im Sinne Bostroems ließe sich also, wie man nach dem eben Gesagten verstehen wird, zunächst doch wohl nur vermutungsweise stellen; maßgebend für sie ist erst der weitere Verlauf: Nach Rückgang der exogenen Symptome werden die manischen eindeutiger, die über Wochen hin fortbestehen, schließlich folgt ein labiler Zustand, in dem die Stimmung oft nach der Gegenseite umschlägt, wie nach gewöhnlichen Manien ja ebenfalls recht häufig. Und diese Nachschwankungen zeigen erst mit voller Deutlichkeit, daß es sich um biologische Vorgänge gehandelt hat, die sich von den rein endogen bedingten nicht unterscheiden lassen.

Der Aufbau der hier beschriebenen Psychosen entspricht im wesentlichen dem der Fälle Bostroems und zeigt vor allem, daß man gelegentlich ohne zwei pathogenetische Faktoren nicht auskommt und daß dann unter Umständen jedem der beteiligten Faktoren eine mehrfache Funktion zukommt, wie das in der Epikrise zu Fall Sch. auseinandergesetzt worden ist.*)

Als wichtig verdient zum Schluß noch hervorgehoben zu werden, daß hier nicht Infektionen, Intoxikationen und Allgemeinschädigungen die auslösenden Ursachen darstellen, sondern daß grobe Hirnschädigungen diese Rolle übernommen haben, allerdings in keinem Falle so, daß man versucht sein könnte, lokale Besonderheiten der betroffenen Stellen verantwortlich zu machen. Man wird vielmehr mit allgemeinen Faktoren zu rechnen haben, so im Falle Willi P. mit Druckschwankungen nach der Trepanation, vielleicht auch mit Besonderheiten der bösartigen Neubildung. Bei Therese M. mit dem Einfluß der Röntgenbestrahlung, bei der man ja auch sonst gelegentlich symptomatisch-psychotische Erschei-

*) Für einen von H. Claude, H. Baruk beschriebenen Fall von manischer Erregung bei Hirntumor dürften ähnliche Gesichtspunkte gelten (vergl. L'Encephale. Jan. 1928).

nungen mehr oder weniger langer Dauer auftreten sieht. Bei den beiden traumatischen Hirnschädigungen handelt es sich nicht etwa nur um Commotionen, sondern um schwerere Läsionen, so bei Hans Schr. um Contusionen, bei Alfred Z. um Contusion mit Blutung an der Basis. Sicher kommen bei beiden Zuständen Gefäß- bzw. Zirkulationsstörungen zustande, auch dürfte die Resorption von zertrümmertem Hirngewebe und Blut ein Vorgang sein, der als Reiz wirksam ist und bei dazu Veranlagten auslösend auf bereitliegende endogene Psychosen wirken kann. Jedenfalls handelt es sich um grobe Hirnalterationen, die hier wirksam sind und man wird nach allen sonstigen Erfahrungen aus diesen Fällen nicht etwa den Schluß ziehen dürfen, daß endogene Phasen nach allen möglichen unbedeutenden Unfällen mit Commotio oder Schädelprellung ohne Hirnschädigung auftreten können.

Zum Schluß sei mir gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. Bumke für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials, Herrn Professor Dr. Bostroem für die Zuweisung des Themas, die Durchsicht der Arbeit und Uebernahme des Referates ergebenst zu danken.

Lebenslauf.

Ich, Bernhard Kothe, bin am 23. 7. 1902 in München als Sohn des Tonkünstlers Robert Kothe geboren. Von 1913 bis 1922 besuchte ich das Wittelsbacher Gymnasium in München, im Frühjahr 1922 begann ich das Studium der Medizin, legte im Sommer 1924 die ärztliche Vorprüfung und im Sommer 1927 das medizinische Staatsexamen ab. Anschließend arbeitete ich als Medizinalpraktikant am Städt. Krankenhaus l. d. Isar und München-Schwabing. Seit Januar 1928 bin ich an der Psychiatrischen und Nervenklinik München tätig, gegenwärtig als a. o. Assistent.